

Заявка/сертификация на получение льгот в рамках Программы дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

Если вы слепой или слабовидящий, хотите ли вы получать письменные уведомления в альтернативном формате? Да Нет

Если да, выберите нужный формат:

- Крупная печать
- Компакт-диск с данными
- Аудио-диск
- Шрифт Брайля, если вы утверждаете, что ни один из других альтернативных форматов не будет столь же эффективен для вас.

Если вам необходима другая помощь, обратитесь в районную социальную службу.

Когда вы подаете заявку на SNAP

- Вы можете подать заявку в тот же день, когда получите соответствующие документы. Мы должны принять ваше заявление, если оно содержит, как минимум, ваше имя, адрес (если он у вас есть) и подпись. Эта информация определит дату подачи вашей заявки.
- Вы должны завершить процесс подачи заявки, в том числе пройти собеседование и подписать заявление о сертификации на странице 2 заявки/формы повторной сертификации, чтобы определить ваше право на участие в конкурсе. Пособия будут предоставляться с даты подачи вами заявления, если вы имеете на это право.
- Вы можете подать заявление и получить помощь в рамках SNAP для соответствующих членов семьи, даже если вы или некоторые другие члены вашей семьи не имеете права на льготы в связи с иммиграционным статусом. Например, родители-иностранцы, не имеющие права на участие в программе, могут подать заявление на получение пособий SNAP для своих детей и получить пособия на своих детей, имеющих на это право.
- Вы всё равно можете подать заявление и иметь право на получение пособий SNAP, даже если вы вышли за пределы временных рамок для получения временной помощи.

Когда вы проходите регулярную сертификацию для получения SNAP

- Вы должны подать подписанное и заполненное заявление о повторной сертификации.

Не забудьте подписать заявление.

Нужны льготы в рамках SNAP немедленно? Вы можете иметь право на ускоренную обработку вашей заявки на SNAP:

Если у вашего семьи небольшой доход или недостаточно ликвидных средств, **или** если ваши расходы на аренду жилья и коммунальные услуги превышают ваш доход и ликвидные средства, **или** если вы являетесь мигрантом или сезонным сельскохозяйственным работником с небольшим доходом или отсутствием дохода или средств на момент подачи заявления, помощи в рамках SNAP в течение 7 календарных дней с момента подачи заявления. Если резидент учреждения подает совместную заявку на получение SSI и SNAP до того, как он покинет учреждение, зарегистрированной датой подачи заявки считается дата выхода заявителя из учреждения.

Где вы можете подать заявку на SNAP

Если вы живете **за пределами** города Нью-Йорка, вы можете подать заявление в онлайн-режиме на сайте myBenefits.ny.gov или позвонить или посетить район социальных служб округа, в котором вы живете, и запросить пакет документов для подачи заявления, который можно отправить по почте или доставить в соответствующий офис. Адрес и номер телефона района социального обслуживания в вашем округе можно узнать, позвонив по бесплатному номеру 1-800-342-3009.

Если вы живёте в **Нью-Йорке** и НЕ подаёте заявление на получение временной помощи, вы можете подать заявление в онлайн-режиме в Access HRA или позвонить или посетить любой офис SNAP и запросить пакет документов для подачи заявления. Адрес и номер телефона можно узнать, позвонив по телефону 1-718-557-1399 или по бесплатной линии 1-800-342-3009.

Уведомление об отказе от дискриминации: в соответствии с Федеральным законом о гражданских правах (Federal civil rights law) и правилами и политикой Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) в области гражданских прав, USDA, ее Агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также репрессии или возмездие за предыдущую деятельность в области гражданских прав в рамках любой программы или деятельности, проводимой или финансируемой USDA.

Инвалиды, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассета, американский язык жестов и т. д.), должны связаться с Агентством (на уровне штата или местном уровне), в котором они подали заявление на получение пособий. Лица, которые являются глухими, слабослышащими или имеют дефекты речи, могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США через Федеральную службу коммутируемых сообщений (Federal Relay Service) по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на языках, отличных от английского.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните форму жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA (AD-3027), которую можно найти в Интернете по следующему адресу: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, а также в любом офисе Министерства сельского хозяйства США, или напишите письмо, адресованное Министерству сельского хозяйства США, и укажите в письме всю информацию, запрошенную в форме. Запросить копию бланка жалобы можно по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA:

- (1) почтой: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) факсом: (202) 690-7442 или
- (3) электронной почтой program.intake@usda.gov.

Это учреждение является поставщиком, ориентированным на равные возможности для всех. **Не отправляйте заявление по этому адресу.**

Не забудьте подписать заявление.

Заявка/повторная сертификация на получение льгот в рамках Программы дополнительного питания (SNAP)

Информация о применении

SSN: _____ Дата рождения: _____

Ваше имя (фамилия, имя, второй инициал): _____

Номер телефона (с территориальным кодом): _____

Домашний адрес (Улица, номер дома): _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Почтовый адрес (если он отличается): _____

Ваша этническая/расовая принадлежность: Эта информация собирается для того, чтобы обеспечить справедливое отношение ко всем. Ваш ответ является добровольным, и он не повлияет на правомочность вашей заявки или размер пособия.

Этническая принадлежность: Латиноамериканец? Да Нет

Раса: (укажите все, что применимо)

американский индеец или коренной житель Аляски

азиат

чернокожий или афроамериканец

Коренной гаваец или другой житель тихоокеанского региона

белый

Язык: Пожалуйста, скажите нам, на каком языке вы говорите _____

Вы гражданин США: Да Нет

Вы живете в штате Нью-Йорк? Да Нет **В каком округе вы живете?** _____

У вас особая ситуация? (Отметьте все, что к вам относится.)

Физическое/психическое повреждение

Ослабленный слух

Ослабленное зрение

Требуется переводчик

Требуется язык жестов

Другое: _____

Кто-то помог вам заполнить эту форму? Да Нет

Имя человека, который вам помогает: _____

Его телефонный номер с территориальным кодом: _____

Информация о домашних хозяйствах:

Перечислите людей, которые живут с вами:

Имя (фамилия, имя, средний инициал): _____ SSN: _____

Дата рождения: _____

Пол: Мужской Женский

Гендерная идентичность (необязательно): Мужчина Женщина Небинарный X Трансгендер

Иная идентичность: _____ Язык: _____

Имя (фамилия, имя, средний инициал): _____ SSN: _____

Дата рождения: _____

Пол: Мужской Женский

Гендерная идентичность (необязательно): Мужчина Женщина Небинарный X Трансгендер

Иная идентичность: _____ Язык: _____

Имя (фамилия, имя, средний инициал): _____ SSN: _____

Дата рождения: _____

Пол: Мужской Женский

Гендерная идентичность (необязательно): Мужчина Женщина Небинарный X Трансгендер

Иная идентичность: _____ Язык: _____

Получаете ли вы или кто-либо еще в вашем доме какой-либо из следующих видов дохода?

Вид дохода	Сумма дохода	Периодичность дохода	Имя человека, получающего доход
Социальная защита			
SSI			
Пенсионный фонд			
Преимущества для ветеранов			
Компенсация работникам			
Заработная плата			
Другое			

Вы оплачиваете расходы по уходу за иждивенцами? Да Нет

Оплачиваете ли вы другие медицинские расходы, например, рецепты, лекарства, отпускаемые без рецепта, диабетические средства, очки, стоматологические расходы, слуховые аппараты и т. д.? Да Нет

Сколько вы платите за аренду или ипотеку каждый месяц? \$ _____

Оплачиваете ли вы что-либо из перечисленного ниже:

Я плачу за отопление своего дома (нефть, газ, электричество или пропан и т. д.)

или делю с другими лицами расходы на отопление

Да Нет

У меня есть кондиционер, которым я пользуюсь летом, и я плачу за электричество или делю эти траты с другими лицами.

У меня есть кондиционер, которым я пользуюсь летом, и я плачу за его использование

Да Нет

Я плачу за электричество или газ или делю эти траты с другими

Да Нет

Я оплачиваю телефонные услуги, в том числе мобильную связь (не предоплаченный телефон)

Да Нет

Уполномоченный представитель: вы можете уполномочить кого-либо, кто знает обстоятельства вашего домашнего хозяйства, **подать заявление** на подачу заявки на SNAP от вашего лица. Вы также можете уполномочить кого-либо за пределами вашего домохозяйства получить карту уполномоченного представителя EBT для покупки продуктов питания для вас. Если вы хотите кого-то уполномочить, вы должны сделать это в письменном виде. Вы можете сделать это, напечатав ниже имя, адрес и номер телефона этого человека. Когда уполномоченный представитель подаёт заявление на SNAP от имени вашей семьи, не относящейся к учреждению, **как** уполномоченный представитель, **так** и ответственный совершеннолетний член семьи-участницы программы SNAP должны подписать и проставить дату в разделах подписи в нижней части данной страницы, если только уполномоченный представитель не был назначен семьей в письменной форме иным образом.

Если вы хотите кого-то уполномочить, напечатайте имя, адрес и номер телефона этого человека и распишитесь ниже.

Имя, фамилия _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Поставьте этот флажок, если вы хотите, чтобы ваш уполномоченный представитель получил карту EBT для покупки продуктов питания для вас.

Для того чтобы иметь возможность принять ваше заявление, вы должны ниже подписать и дату

Сертификация: Подписывая это заявление, я подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что я прочитал(-а) (или мне прочитали), понимаю и соглашаюсь с «Правами и обязанностями», приведенными на страницах 4 – 6 этого заявления, и ответы в этом заявлении и любом дополнительном документе, который я предоставляю в Департамент в будущем, являются точными и полными, насколько мне известно. Я прочитал(-а) Предупреждение о наказании в связи с программой SNAP на своем родном языке или мне его прочитали и дали соответствующие пояснения. Я также подтверждаю, что все члены моей семьи, пользующейся программой SNAP, обращающиеся за пособиями в рамках SNAP, являются либо американскими гражданами, либо негражданами, имеющими удовлетворительный иммиграционный статус.

См. страницы 4–6, которые содержат «Предупреждение о наказании в связи со SNAP» и ваши «Права и обязанности».

Ниже требуется ваша подпись для завершения процесса подачи заявки.

Подпись заявителя: _____

Дата: _____

Подпись уполномоченного представителя: _____

Дата: _____

Инструкция по заполнению формы заявки

- Постарайтесь ответить на как можно больше вопросов.
- На странице 1 бланка заявления укажите номер телефона, по которому с вами можно связаться в будние дни или оставить сообщение.
- **Не забудьте подписать свое имя перед подачей заявления.**
- Обязательно ознакомьтесь с прилагаемым Уведомлением о правах и обязанностях и предупреждением и штрафных санкциях SNAP на следующих страницах.
- **Незавершенное заявление можно подать, заполнив на лицевой стороне свое имя и адрес, а на оборотной стороне поставив свою подпись; остальную часть заявления можно заполнить позже. Этот минимум информации определит дату подачи вашей заявки.**
- **Пособия по SNAP вступают в силу с момента подачи вами заявления.**

Вы должны пройти собеседование: мы рассмотрим вашу заявку, когда она будет получена, и свяжемся с вами, чтобы обсудить информацию, которую вы предоставили по вашей заявке.

Примечание: Если мы не сможем связаться с вами, вы получите письмо о запланированном собеседовании по телефону.

Вы должны представить подтверждение: во время вашего собеседования мы объясним, какую верификацию и информацию вам необходимо будет предоставить для получения льгот по программе SNAP. Мы вышлем вам проверочный контрольный список с пунктами, информацию по которым вы должны предоставить. У вас есть 30 дней с момента получения вашей заявки, чтобы предоставить нам необходимую и подтвердить представленные данные. Обязательно обратитесь к нам за помощью, если у вас возникли трудности с получением этих документов.

Решение: вы получите решение по вашему заявлению в течение 30 дней.

Какое подтверждение мне нужно будет предоставить?

Ниже представлена большая часть информации, которую вам нужно будет подтвердить при подаче заявления на льготы по программе SNAP:

- **Документ с указанием вашего имени и адреса:**
- Если у вас нет адреса, пожалуйста, сообщите нам об этом.
- **Подтверждение дохода**
- Письмо о назначении пособия или прямой депозитный отчет о нетрудовых доходах, в том числе о суммах доходов от процентов и о периодичности платежей. Если вы работаете, предоставьте ваши платежные квитанции за последние четыре недели, выписки с прямых депозитов или копии чеков.
- **Номера социального страхования для всех участников, подающих заявки.**
- **Подтверждение статуса негражданина:** если вы не являетесь гражданином, предоставьте подтверждение легального статуса негражданина.
- **Подтверждение некоторых расходов:** Хотя это и необязательно, но если вы предоставите подтверждение одного из нижеперечисленных факторов, ваши преимущества, предлагаемые в рамках SNAP, могут быть выше.
 - **Медицинские расходы:** если вам или кому-либо из членов вашей семьи исполнилось 60 лет или вы имеете подтвержденную инвалидность, *расходы на медицинское обслуживание, оплачиваемые самостоятельно, должны быть подтверждены* квитанциями о совместных платежах, взносами за медицинскую страховку или квитанциями о вставных зубах, очках, слуховых аппаратах, батареях для слуховых аппаратов, лекарствах по рецепту врача, болеутоляющих средствах или лекарствах, отпускаемых без рецепта врача, а также о транспортировке для получения и потребления медицинских услуг.
 - **Выплаты алиментов на ребенка:** подтверждение, например, судебных документов о том, что вы выплачиваете алименты на ребенка тому, кто не живет с вами, а также выплачиваемой суммы.

Также сообщите нам о том, есть ли у вас какие-либо из нижеперечисленных расходов (это необязательно, но может увеличить ваши преимущества от участия в программе SNAP):

1. **Стоимость жилья:** арендные или ипотечные платежи, налоги на недвижимость или страхование домовладельцев.
2. **Коммунальные службы:** расходы на кондиционирование воздуха, мазут для отопления дома, газ для отопления, дрова или уголь для отопления, газ для приготовления пищи, электричество, телефон (включая мобильные телефоны) или другие коммунальные расходы, такие как расходы на воду, канализацию или вывоз мусора.
3. **Расходы по уходу за иждивенцем:** на дому или вне дома.

Ознакомьтесь с важной информацией ниже

Пол и гендерная идентичность: Штат Нью-Йорк гарантирует вам право на доступ к льготам и / или услугам штата независимо от пола, гендерной идентичности или самовыражения. Вам необходимо сообщить ваш пол и пол всех членов семьи — мужской или женский. Пол, о котором вы здесь сообщаете, должен совпадать с тем, который в настоящее время указан в документах в архиве Администрации социального страхования США (United States Social Security Administration). Пол, о котором вы сообщаете, необходим для обработки вашего заявления. Он не будет отображаться ни на льготной карте, которую вы можете получить, ни на любом другом открытом документе.

Гендерная идентичность — это то, как вы воспринимаете себя и как вы себя называете. Ваша гендерная идентичность может совпадать, а может отличаться от вашего пола при рождении. Указание гендерной идентичности не требуется для данного заявления. Если ваша гендерная идентичность или гендерная идентичность кого-либо в вашей семье отличается от пола, который вы указываете для этого человека, и вы хотели бы указать его/ее гендерную идентичность, выберите «Мужской» (Male), «Женский» (Female), «Небинарный» (Non-Binary), «Неопределенный» (X), «Трансгендер» (Transgender) или «Иная идентичность» (Different Identity) в указанном месте. Если вы укажете вариант «Иная идентичность», вы можете далее в выделенном для этого месте описать идентичность этого человека. Предоставление этой информации является добровольным. Это не повлияет ни на правомочность лиц, подающих заявления, ни на уровень получаемых ими пособий.

Предупреждение о штрафных санкциях SNAP: любая информация, которую вы предоставляете в связи с вашим заявлением на получение помощи SNAP, подлежит проверке федеральными, государственными и местными должностными лицами. Если какая-либо информация неверна, вам может быть отказано в праве участия в программе SNAP. Вы можете подвергнуться уголовному преследованию, если намеренно предоставите неверную информацию, которая влияет на право на получение или размер пособий. Любое лицо, нарушающее условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения, а также любое лицо, которое скрывается, чтобы избежать уголовного преследования, содержания под стражей или заключения за уголовное преступление и активно преследуется правоохранительными органами, не имеет права на получение льгот в рамках программы SNAP.

Если будет установлено, что член семьи, участвующей в программе SNAP, совершил преднамеренное нарушение правил программы (ПНПП), то он не сможет получать пособия в рамках SNAP в течение:

- 12 месяцев для первого ПНПП SNAP;
- 24 месяца для второго ПНПП SNAP;
- 24 месяца для первого ПНПП SNAP, если суд выяснит, что лицо использовало или получило выгоды от SNAP в сделке, связанной с продажей контролируемого вещества. (Незаконные наркотики или некоторые лекарства, для которых требуется рецепт врача.)
- 120 месяцев в случае признания вас виновным в даче ложных показаний о том, кто вы и где живёте, с тем чтобы получить несколько привилегий в рамках SNAP одновременно, за исключением случаев, когда вас навсегда дисквалифицируют за третье ПНПП.
- Кроме того, суд может запретить физическому лицу участвовать в программе SNAP еще 18 месяцев.
- Постоянная дисквалификация человека за:
- Первое ПНПП SNAP на основании судебного приговора за использование или получении преимуществ SNAP в сделке, связанной с продажей огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.
- Первое ПНПП SNAP на основании судебного приговора манипуляции с привилегиями SNAP в общей сложности в размере 500 долларов и более (под манипуляцией подразумевается незаконное использование, передача, приобретение, изменение или переделка карточек авторизации SNAP или устройств доступа.)
- Второе ПНПП SNAP на основании судебного решения о том, что физическое лицо использовало или получало выгоду от использования SNAP в сделке, связанной с продажей контролируемых веществ. (Незаконные наркотики или некоторые лекарства, для которых требуется рецепт врача.)
- Любое третье преднамеренное нарушение правил программы SNAP.

Любое лицо, осуждённое за преднамеренное использование, передачу, приобретение, изменение или обладание картами авторизации SNAP или устройствами доступа, может быть оштрафовано на сумму до 250 000 долларов, лишено свободы на срок до 20 лет или подвергнуто обоим мерам наказания. Физическое лицо также может быть подвергнуто преследованию в соответствии с применимыми федеральными законами и законами штата.

Вам может быть отказано в праве на участие в программе SNAP или вы можете быть признанным совершившим ПНПП, если:

- вы делаете ложное или вводящее в заблуждение заявление или искажаете, скрываете или утаиваете факты, чтобы получить право на льготы или большее количество льгот; или
- вы приобретаете продукт с помощью полученных в рамках программы SNAP средств с намерением получить наличные деньги, умышленно отказавшись от продукта и вернув контейнер на депозитную сумму; либо
- вы совершаете или пытаетесь совершить действие, представляющее собой нарушение федерального законодательства или законодательства штата в целях использования, представления, передачи, приобретения, получения, обладания или оборота преимуществ, предлагаемых в рамках программы SNAP, карточек авторизации или документов многократного использования, используемых в рамках системы электронного перевода льгот (Electronic Benefit Transfer, EBT).
- Кроме того, нижеперечисленные действия не допускаются, и вы можете быть лишены права на получение льгот SNAP и (или) подвергнуться штрафным санкциям за действия, которые включают:
- Использование или обладание картами EBT, не принадлежащими вам, без согласия владельца карты; или
- Использование льгот SNAP для покупки непродовольственных товаров, таких как алкоголь или сигареты, или для оплаты продуктов питания, ранее купленных в кредит; или
- Предоставление кому-либо разрешения использовать вашу электронного перевода льгот (EBT) в обмен на наличные деньги, огнестрельное оружие, боеприпасы, взрывчатые вещества или наркотики, а также для приобретения продуктов питания для лиц, не являющихся членами семьи, участвующей в программе SNAP.

Переплата: если вы получаете больше пособий по SNAP, чем должны (переплата), вы должны их вернуть. Если ваше дело активно, мы возьмём обратно сумму переплаты из будущих выплат в рамках SNAP, которые вам предназначаются. Если ваше дело закрыто, вы можете вернуть переплату через любые неиспользованные преимущества SNAP, оставшиеся на вашем счёте, или же заплатить наличными.

Если у вас есть невозвращенная переплата, она будет направлена на инкассацию, в том числе в рамках автоматизированного сбора со стороны федерального правительства. Федеральные пособия (например, социальное обеспечение) и налоговые вычеты, на которые вы имеете право, также могут быть приняты для возврата переплаты. За оформление и обработку задолженности также взимается плата.

Любые выгоды от SNAP, списанные с вашего счета электронного перевода льгот (EBT), будут использованы для сокращения текущих переплат. Если вы снова подадите заявление на регистрацию в программе SNAP и не вернёте сумму задолженности, ваши выплаты по программе SNAP будут снижены, если вы снова начнёте их получать. В это время вы будете уведомлены о размере сниженных выплат, которые вы получите.

Согласие: я понимаю, что, подписывая данную форму заявления, я даю согласие на любое расследование, проводимое Офисом штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) или местными социальными службами моего округа с целью проверки или подтверждения предоставленной мною информации, или любого другого расследования, проводимого ими в связи с моим запросом на получение пособия в рамках программы SNAP. Если будет запрошена дополнительная информация, я ее предоставляю. Я также буду сотрудничать с органами штата и федеральными органами в рамках проверки контроля качества программы SNAP.

Я понимаю, что подписывая это заявление/сертификат, я даю согласие на проведение расследования с целью проверки или подтверждения предоставленной мною информации и другого расследования любым уполномоченным государственным органом в связи с преимуществами Программы пособий для оплаты домашних энергоносителей (Home Energy Assistance Program, HEAP). Я также даю согласие на то, чтобы информация, предоставленная в этой заявке, использовалась для перенаправления в базы данных доступных программ помощи при утеплении, а также программ моей коммунальной компании для людей с низким уровнем дохода. Я понимаю, что государство будет использовать мой номер социального страхования, чтобы проверить у поставщиков моей домашней энергии факт получения помощи в рамках HEAP. Данное разрешение также включает в себя разрешение любому из моих продавцов домашней энергии (включая мои коммунальные услуги) предоставлять определенную статистическую информацию, в том числе среди прочего данные о моем ежегодном потреблении электроэнергии, стоимости электроэнергии, потреблении топлива, типе топлива, годовой стоимости топлива и истории платежей в Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным, а также в местный Округ социального обслуживания и Департамент здравоохранения и социального обеспечения США в целях оценки эффективности Программы HEAP для лиц с низким доходом (LINEAP).

Согласие на разглашение конфиденциальной информации о страховании по безработице (Unemployment Insurance, UI):

Я уполномочиваю Департамент труда (Department of Labor, DOL) штата Нью-Йорк разглашать любую конфиденциальную информацию, хранящуюся у Департамента в целях страхования по безработице (UI), Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным (OTDA) штата Нью-Йорк. Эта информация включает в себя данные о требованиях по выплатам пособий в рамках страхования по безработице и данные о заработной плате. Я понимаю, что OTDA наряду с сотрудниками органов штата и местных учреждений, работающими в местных районных отделениях социальных служб, будет использовать информацию о страховании по безработице для установления или проверки права на получение и размера выплат в рамках программы SNAP, заявленного в данном заявлении, а также для проведения расследований с целью определения того, получал ли я пособия, на которые не имел права.

Предоставление информации поставщикам услуг: я даю разрешение району социального обслуживания и штату Нью-Йорк на обмен информацией о пособиях по Программе дополнительного питания, которые получали я или любой член моей семьи, за которых я могу дать разрешение на законных основаниях, с целью проверки моего права на услуги и выплаты, связанные с осуществлением программы и осуществляемые штатом или местным подрядчиком. Такие услуги могут включать, в частности, услуги по трудоустройству или обучению, предоставляемые для того, чтобы помочь мне или членам моего домохозяйства получить и сохранить работу.

Информация о стандартном пособии на оплату коммунальных услуг (Standard Utility Allowance, SUA): я понимаю, что получатели помощи в рамках SNAP категорически имеют право на участие в Программе пособий для оплаты домашних энергоносителей (HEAP). Если в течение текущего месяца или предыдущих 12 месяцев я не получал пособия по программе HEAP на сумму более 20 долларов или другие аналогичные пособия по программе энергетической помощи, я должен отдельно оплатить расходы на отопление, кондиционирование воздуха или коммунальные услуги, чтобы получить стандартное пособие на коммунальные услуги.

Изменения: я соглашаюсь **незамедлительно** информировать агентство о любых изменениях в моих потребностях, доходах, имуществе, жилищных условиях, статусе трудоспособного взрослого без иждивенцев (ABAWD), в том числе, если мое рабочее время не превышает 80 часов в месяц, статусе беременности или адресе, согласно моей осведомленности и моему убеждению, в соответствии с моими требованиями к отчетности.

Требование сообщать/проверять расходы домохозяйства: я понимаю, что моё домохозяйство должно сообщать о расходах на уход за детьми и на коммунальные услуги, чтобы получить вычет в рамках SNAP по этим расходам. Я также понимаю, что моё домохозяйство должно сообщать и проверять платежи по арендной плате и (или ипотеке), налогам на недвижимость, страхованию, медицинским расходам и алименты на ребёнка, выплачиваемые не члену домохозяйства, чтобы получить вычет по SNAP за эти расходы. Я понимаю, что несообщение/непроверка вышеупомянутых расходов будет рассматриваться как заявление моего домохозяйства о том, что я (мы) не желаю (не желаем) получать вычет за эти несообщаемые/непроверенные расходы. Вычет за эти расходы может дать мне право на получение помощи в рамках SNAP или может увеличить мои выплаты в рамках SNAP. Я понимаю, что могу сообщить/проверить эти расходы в любое время в будущем. Этот вычет затем будет применяться при расчете выплат SNAP в последующие месяцы в соответствии с правилами учета изменений в отчетности и обработке.

Подаявая заявление на участие в программе SNAP, я понимаю, что округ социальных служб будет запрашивать и использовать информацию, доступную через Систему проверки доходов и соответствия требованиям (Income and Eligibility Verification System), для расследования моего заявления, и может проверить эту информацию в рамках дополнительных обращений, если будут обнаружены несоответствия. Я также понимаю, что такая информация может повлиять на мое право на получение помощи в рамках SNAP и/или на уровень получаемых мною льгот в рамках SNAP.

Положение Закона о конфиденциальности — сбор и использование информации о номере социального страхования (SSN): сбор информации о номере социального страхования (SSN) разрешен для каждого члена домохозяйства, пользующегося программой SNAP, в соответствии с Законом о пищевых продуктах и питании (Food and Nutrition Act) 2008 года. Собранная нами информация будет использована для определения того, имеет ли ваше домашнее хозяйство право или продолжает иметь право на помощь или льготы. Мы проверим эту информацию с помощью компьютерных программ. Эта информация будет также использоваться для контроля за соблюдением правил программы и для управления программой. Эта информация может быть раскрыта другим государственным и федеральным агентствам для официального изучения, а также должностным лицам правоохранительных органов с целью задержания лиц, скрывающихся от закона. Эта информация будет использоваться для проверки личности, а также для подтверждения трудовых и нетрудовых доходов.

В случае возникновения претензий программы SNAP к вашему домохозяйству, информация, содержащаяся в данном заявлении, в том числе все номера социального страхования, может быть передана в федеральные и государственные агентства, а также частные агентства по сбору претензий для подачи иска о взыскании. Любое лицо, подающее заявку на участие в программе SNAP, должно предоставить свой номер социального страхования. Номера социального страхования лиц, не имеющих право на пользование программой, также будет использована и раскрыта в вышеуказанном порядке. Если у вас или у иного лица, подающего заявление/свидетельство, нет номера социального страхования, необходимо подать заявление о присвоении номера социального страхования в Администрацию социального обеспечения (Social Security Administration — SSA.gov).

Помимо использования информации, которую вы предоставляете нам таким образом, государство также использует эту информацию для подготовки статистических данных обо всех людях, получающих льготы по Программе пособий для оплаты домашних энергоносителей (Home Energy Assistance Program). Эта информация используется для контроля качества со стороны штата, чтобы убедиться в том, что местные округа делают все, что в их силах. Она используется для проверки того, кто является вашим поставщиком энергии, и для осуществления определенных платежей таким поставщикам.

Гражданство/миграционный статус: я клянусь и (или) подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что предоставленная мною информация о гражданстве и иммиграционном статусе меня самого и всех лиц, проживающих со мной, является правдивой и достоверной. Я понимаю, что любую информацию, которую я предоставлю для проверки иммиграционного статуса любого лица, подающего заявление на помощь в рамках программы SNAP, можно проверить на подлинность в Службе гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Services).

Для участия в программе SNAP гражданство должно быть задокументировано **только в том случае, если оно вызывает сомнения.**

Не забудьте подписать заявление.



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature _____

Date _____ / _____ / _____

Please Print Name _____

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Rev. 01/2019

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot

Please print or type in blue or black ink

Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form	2	Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year	For Board Use Only		
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____					
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____					
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____					
6	Date of Birth _____	7	Gender (optional) _____	8	Telephone (optional) _____ Email (optional) _____	
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		9	ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number — — — — — <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number — — — — <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number	
	In county/state _____	Under the name (if different from your name now) _____				
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Libertarian party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Independence party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> SAM party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Green party I do not want to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party			12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none">• I am a citizen of the United States.• I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.• I will meet all requirements to register to vote in New York State.• This is my signature or mark on the line below.• The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. _____/_____/_____ Signature or Mark in ink Date	

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name _____		
First Name _____	Middle Initial _____	Suffix _____
Address _____		
Apt Number _____	City/Town/Village _____	Zip Code _____
Birth Date _____	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Eye Color _____	Height _____ Ft. _____ In.	
Email _____	DMV or ID NYC Number _____	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health upon your death.



_____/_____/_____
Signature Date

Qualifications for Registration

Important!

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: You must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison or on parole for a felony conviction (unless parole pardoned or restored rights of citizenship);
- not claim the right to vote elsewhere;
- not found to be incompetent by a court.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;

or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.
